

第二十七回法華經・日蓮聖人・日蓮教団論研究セミナー

宗教者の公共空間における実践

大野 真如

公共空間における実践

最後の発表になりますが、よろしく願います。先に、簡単にですが、自坊の説明をさせていただきます。佐賀県の小城市という、人口五万人ほどの小さな町の、檀家百件のお寺から参りました。私のお寺の特徴と言えば、六年前から年越し水行を行っておりまして、一般の方向けに一緒に水行修行をするという活動を旦那さんが頑張っておりまして、こちら、今年の様子ですが、五十人弱ぐらいの方が一般の水行を、小さい子どもから女性と高齢者の方までされました。

私は、福岡大病院の看護師を経て、二〇〇八年に結婚し、教学に興味を持ちました。お経を読み始めたり、法華經の訳を読み始めたりして、二〇一一年に信行道場を出まして、僧侶としても活動しております。その信行道場で、「お寺はいろいろな拠点だったのですよ」ということを習ったのですけれども、江戸時代もそうですが、明治時代からいろんな拠点が抜けて、地域とのつながりが少なくなっている状況なのかなと、私自身も感じるがありました。病院で働いていて、お寺の奥さんになったので、地域のことにとっても目を向けるようになって、ある想いを持つよう

になりました。

それは、どんなに重い障がいがあっても、最後までその地域で安心して過ごすことができるということです。そのきっかけなどを話すと、少々時間が足りなくなるので、前回こちらで発表させていただいたので、興味のある方は、その資料をご覧いただければと思います（『教化学研究8』P. 59～68）。代表理事として務めさせていただいており、まず、一般社団法人あまねの事業の全体をこちらに載せております。現在、三拠点で八つの事業をしておりまして、全従業員数は三十一名です。

そのうち、看護師が十三名おりますが、看護師が多い理由は、ここに来ている子どもたちは、大変重度な障がいがある子どもたちだからです。自分で呼吸をすることができない、自分で食事を口から食べることが一生できない、自分でおしっこを出すことができない、そのような重たい障がいがあります。医療的ケアといわれる看護師の処置が必要な子どもだけでなく、てんかん発作で、いつでも五分おきに意識が消失するような子どもたちをお預かりしています。全国的にもかなり珍しい施設なので、昨年も厚労省の幹部の方が見学に来られたのですけれども、まだ全国にも百五十個所ほどしかありません。昔は大規模の入所施設が山の奥にあって、そこに隔離されるみたいにして過ごしていたと思うのですが、私も実習先で行ったときには衝撃を受けて、人間らしい生活とは言えない、ベッドの上でいっぱいモニターをつなげられて、誰からも話しかけられていない。この人たちを地域に出すのだという気持ちで始めました。

少し写真で、事業のご紹介をさせていただきます。「いーはとーぶ」というのは皆様ご存じのとおり、宮沢賢治の小説に登場する、きらきらした理想郷みたいなイメージがありますが、宮沢賢治の小説の中には、障がい者と思われるような方がキーパーソンでよく登場しています。きらきらと輝く個性を発揮しながら、役割を持って過ごせればいいなと思い、この名前を付けました。こちらが「いーはとーぶ」の施設になります。ハンモックをかけておりますが、

一番左で押しているのが、私の主人になります。

もう一つの拠点はAqua（アクア）です。こちらは重い障がいのある子どもたちの保育園になります。どのような子かという点、こちらの写真、首が見えないのですが、「気管切開」をしています。お腹のところには、胃ろうという穴が開いています。こちらはおしっこの管が入っています。足の指についているのは、酸素のモニターです。ちょっと左右を向くだけで、酸素が外れるともう真っ青になって、すぐ救急車を呼ばないといけないぐらい、呼吸が止まってしまような子どもさんです。こちら、胃ろうからしか食事を摂ることができない子どもさんです。契約者数九十名の、一歳から二十歳ぐらいまでの子どもたちが来ているのですが、一日二十二名ほどが集まって、イベントをやっているところです。こちらは高校生のボランティア、特に医者さんを目指す高校生のボランティアなどを受け入れております。

こちらは、イーはとーぶの庭にカリンという実が成ったのですけども、Karin（カリン）という名前を訪問看護ステーションの方に名付けました。お出かけの様子になります。食事、介助の様子になります。クリスマスもやっております。こちらは職員の様子です。私が少し年齢的に若いというのもあり、職員も比較的若く、専門職が多いです。このような重い障がいがあっても、子どもたちの一生を病院で過ごさせるわけにはいかない。地域で、家族と一緒に、お家で暮らしていただくためには、看護師がお家に訪問することや、そういう方を受け入れる施設が必要です。私が関わっている子どもたちの中には、生まれた直後に余命を言い渡されるような方たちがたくさんいます。

そのような子どもたちの親御さんの共通の願いがありますので紹介します。「この子よりも一日でも後に死にたい」ほぼ全員のお母さんが言われる言葉です。通常、親よりも子どもが先に死んでしまったら、親不孝とか、順番が違うとか言われると思います。それなのに、なぜ、自分よりも先に死んでくれと願うのだろうと、私はとても悲しくて、そんな不自然なことを思わなくてはいけなのは嫌だと思います。これから、この不自然なことを願わないでい

社会にしたいと思い、今、どんな事業を拡大しているのですけれども、親が安心して先に亡くなれるような事業を展開したいと思っています。「大丈夫ですよ、私たちがいるから」と言えるように。そして、看取りまでできる、さらには親がいなくなっても、納骨とか供養までやってあげられるような法人になりたいと思い、活動しているところです。

私は看護師ですが、現在、現場は職員さんに任せており、経営とか、管理をやっていて、あとは、医療機関との連携と、行政・地域共同体との連携と、社会制度、法律が未熟で、この子たちが生きやすいような法律がほとんどない状態なので、全国各地に会議や研修で出かけています。数少ない難病の子どもたちの保護者や、本人の代弁者になれるようにと思い活動しているところです。

さて、その在宅医療に携わって「宗教者が公共空間に求められているもの」は何かということを感じいた点がありますので、お話しさせていただきます。

この表（資料⑪）ですけれども、医療職は、いろいろな勉強会等で、よく目にするものなのですが、一九五〇年代、戦後間もない頃は、日本人の八割が家で死んでいました。一九七〇年代から逆転して、今は、一九八〇年代から、八割以上が病院で亡くなっています。ところが、今、多死社会と言われているのですが、八割の人が病院で死ぬことが今からできなくなっています。そのことは、また、後からお話していきます。

このように戦前から戦後にかけて、自宅で死んでいた時代、僧侶は枕経として、看取りに携わっていた時代がありました。しかし、病院で死ぬ時代、僧侶は死の瞬間に立ち会うことがなくなっていました。こちら（資料⑫）、皆さん、このご遺文、ご存じかと思えますけれども、日蓮聖人の千日尼へのお手紙です。こちらを信じていらっしゃる方はどのくらいいらっしゃいますか。こちらは某日蓮系の教団の看板の売り文句になって、かなり有名だと思えますけれども、私たちは日蓮宗なので、これを前面に出してどうこうということはないと思いますが、私はこれが、本

当だなと感じる体験をしたことがあります。

また、次に紹介しているのはアメリカの科学者で、死の瞬間に、体重が何グラム平均して減るのかという研究ですが、二十一グラムから四十グラムぐらい減っているそうです。それをエネルギーに換算すると、二十五メートルプール五百二十九杯分の水を瞬時に沸騰させるエネルギーが、死の瞬間、ふっと体から出ているということを言われている博士の一文です。他にも、東京ドームを十八日間照らし続けるぐらいのエネルギーが、死んだ瞬間に肉体からぽつと出てくるというふうにも言われています。

それらのことを感じるような出来事がありましたので、お話します。私も看護師なので、人の亡くなる瞬間には何度もし合ってはきているのですけれども、その中でも、やはり一番身近な大切な私の家族の死のことです。

対照的な祖父と祖母の死についてお話しさせていただきます。小学校の低学年に祖父の死に立ち会いました。お見舞いに行くと、祖父は、いつものように眠っていましたので、足下の方で、体に寄り添って過ごしていたら、いつの間にか幼い私は眠っておりました。そして、はっと気づいたら、亡くなっていたのです。家族が、「もう離れなさい、今から死後の処置とかするから」と、もう周りが慌て出しましたが、私は、「おじいちゃんから離れたくない」と言っていて、泣きました。今思い返してみると、なんで離れたくなかったのかと言うと、不思議な体験なのですが、祖父が亡くなった瞬間に、ものすごく優しく、暖かくて、気持ちのいいエネルギーが、体から出ていたのを感じたのです。眠くなるようなぼかした気持ちで、なんだかそのエネルギーをずっと感じていたいと思うような、そんな体験でした。そのあと、死後の処置が終わって、お家でお通夜をしたのですが、お家に連れて帰るときもずっと祖父の遺体から離れませんでした。

そのようなよいエネルギーが出てきているイメージの体験です。そして、それとは対照的に、つい最近亡くなった祖母ですけれども、ちょっと体調崩して病院に行きましたら、急変して、今にも亡くなりそうだから、「家族の方、

来てください」と。病院に駆けつけた時には、すでに口から挿管していました。挿管とは、口から管を入れて人工呼吸器につながられて呼吸をする状態のことです。ついさっきまで、話ができていたのに、挿管されたおかげで、それから二十日間、命は長引かせることができましたが、祖父の死と対照的に、亡くなったときの祖母はとても冷たくて死体が固く、もうすでに、魂のエネルギーは出切っているような、体の中のエネルギーはなくなっていました。祖母にとって辛い延命をされた、とても無念で悲しい死だったので、家族はそれからとても後悔しました。

こちら（資料^⑭）、マザー・テレサの言葉に、「人生のたとえ九十九パーセントが不幸でも、最後のパーセントが幸せならばその人の人生は幸せなものに変わる」という言葉があります。祖父も祖母も、法華經の信者ではなかったのですが、祖父は最後、家族に見守られて幸せな死に方をしました。祖母は機械につながれて、冷たい病室で、家族から離されて、寂しい、冷たい死に方をしました。全く対照的だったと思うのです。祖母はそれまで幸せな人生だったと思います。でも、最後のパーセントの死に方がよくなかった。本当に家族は、祖母の人生そのものが悲しいものに感じて、後悔しました。対照的に祖父の死体は、死んだ後も暖かかったのです。

私は、こちらの看取り士会というものに所属しておりまして、会長の柴田さんは、たくさんの方の死を看取ってこられた方です。書籍を出されたり、テレビでも取り上げられたりしているので、ご存じの方もいらっしゃるかもしれません。私も少し看取り学を習っていますが、この方が言われるのは、幸せな死に方をした死体は死後も暖かく、柔らかいということ。また、死後も幸せなエネルギーが出てきているとのこと。この方、死の瞬間から、一週間前から死のエネルギーの放出が始まるという意見を持っていて、死んだ後も一週間続くと言われているのですけれども、講師の大島さんのように、たくさん死の瞬間に立ち会われているような看護師さんは、「あ、もうすぐかもしれない。」と、感じる方が結構いらっしやいます。もうすぐかもしれないと感じるようなエネルギーの放出があるのかもしれない。

二〇二五年問題というのは有名かと思いますが、団塊の世代が後期高齢者になる二〇三〇年からは、一年間に四十万人の死に場所がなくなると言われています。その方を、「看取り難民」とか、「死に場所難民」と呼ぶわけです。どういふことかという、もう病院のベッドが四十七万人分足りませんよということなのです。四十七万人、では、どこで死ぬのかと言うと、家で死ぬしくなくなります。介護施設とか福祉施設もあります。その課題もあるのですけれども、多くは自宅で死ぬことになります。私は、在宅死を肯定的に捉えております。病院を辞めて地域で活動する在宅医療に携わっている身なので、病院で死ぬよりも、もっと素敵な在宅死ができるのではないかと考えています。消極的に家で死ぬしか選択肢がないというのではなくて、積極的に在宅死を選んでいきたいと思っています。

今、ここに来る前も、ちょうどテレビで昨日取り上げられていたのですけれども、終末期という言葉がなくなり、「人生の最終段階」という言葉に変わるそうです。「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」、こちらは、厚労省が平成三十年の七月に改訂する一番新しいガイドラインです。法律が変わります。死の選択ができるようになります。その死の選択には、複数の専門家からなる話し合いの場を設置しなさい、医療とケアチーム以外のものを加えなさいと、明記されました。この「以外の者」というのが初めて平成三十年から加えられます。この、国の意図というのは、宗教師、宗教者のことだと私は捉えています。宗教者は、死の選択である医療の決定プロセスに関わりなさいという意図があるのではないかなとみています。他にも、「以外の者」には、家族、身よりがない方の後見人、民生委員、そういう方も含まれると思いますが、宗教者というのがすごく大きな役割を果たすのではないかと期待されていると思っています。

そのことについて、自分自身が実感することがあります。地域で活動する在宅診療医や大学病院の医師、弁護士、司法書士などの皆さんとグループを作って「死について」の勉強会があり、参加しているのですが、そこで、「宗教

者としてはどうですか」「お寺としてはどうですか」「死後の家族はどのように過ごしますか？」などと、様々な質問をされるようになってきました。実際にお医者さんが在宅死を看るようになってきているので、宗教者にいろいろなことを聞きたいと感じているように思います。このような公共空間からの要望がすごく強いというのを感じ始めました。

宗教者が公共空間において、今からこの死のプロセスに携わっていくには、死生観というのが問われると思います。皆さんもすごく深い死生観をお持ちだと思うのですけれども、私が今、これから話す死生観とは、いわゆる死生観とはちょっと違ってきます。死ぬ瞬間の決定の死生観なのです。どんな理想の死に方がしたいのか、どこで死にたいのか、誰に看取られたいのか、どういう治療をしたくて、したくないのかという意思決定の死生観です。

私は尊厳死協会にも所属させていただいていますので、私は祖母のように人工呼吸器なんて絶対つけてもらいたくないと考えています。病院で死にたくないという意思表示を、尊厳死協会の書式に沿って意思を書いて登録しています。お医者さんが治療をしていく上で、意思がなかったら、治療するしかありません。お医者さんは途中で治療を止めたら殺人者になってしまいます。お医者さんは、患者さんにどういう治療をしてほしいかという意思を待っています。その選択のプロセスに宗教者が関わっていかないとけないと思います。

これも尊厳死の勉強会で、ポリストという、お医者さんが病院で使うものをいただいたので、ご紹介します。こちらはアメリカでの考え方なので、自己決定が多いのですけれども、例えばこういうことにイエス・ノーを決めていきます。「感染症になったときは治療をしないでください」「抗生剤は拒否します」とか、「食事が摂れなくなったら飲食を強要しないでください」「自発呼吸ができなくなっても呼吸器は装着しないでください」とか、「腎機能が低下しても透析しないでください」「要は生きているうちにどんな死に方をしたいかという意思が問われます」。

医療の専門的な領域に、宗教者は関わるのは難しいと思うのですが、難しい医療用語を置いて、まずは簡単に「ど

んな死に方がしたいのか？」ということを考えておくことに対して、関わる必要があるということです。他にも、「どこで死にたいか」とか、「どんなふうに死にたいか」、「最期は誰と一緒にいたいのか」は、それぞれ自分で決定することができると思います。そのような選択を意志決定するプロセスに関わるためには、まず自分自身の「死に方」について考えておく必要があります。また、それを身近な家族に置き換えて考えることも必要です。死の選択のプロセスに関わることが宗教者に求められていることだと思います。死後の世界や輪廻転生といった壮大な死生観ではなく、もう一つ、現実はどう死ぬか、という意味の死生観です。

ホスピスの緩和ケア病棟のお話、あったのですけれども、ホスピスというのはやはり、キリスト教の精神に準拠して設立されたものです。しかし、在宅死というのは、日本に元々仏教と共にあったものです。それは、枕経です。枕経は、今は亡くなってから自宅に戻り連絡がありますが、本来なら、死ぬ前に呼んでいただかないといけないものだと思いますが、在宅死には宗教者が枕経として関わる文化が日本にはありました。その枕経のような役割が公共空間から求められている活動だと思います。四十七万人も看取り難民が出る状況です。ホスピスに入れない病気の人が、それぞれの地域で在宅死をされる時代です。自分のお寺の檀家さんが、孤独死をするのではないか、看取り難民になっているのではないかということにアンテナを張って、ここに携わるといのがすごく求められていると思います。

全然縁もゆかりもない病院に、「臨床宗教師になりましたのでどうですか」という連絡をされているというのを、本当にすごいな、大変そうだなと思いついていました。自分たちのお寺には檀家さんがいらっしやるので、その檀家さんの最期の瞬間だけでも、宗教者として立ち会えたらと思っています。私も法人を起し上げたりしたのですけど、お寺で在宅死を希望する檀信徒に対して、家族が安心して看取るための支援をしていく必要があると気づきました。それは、本来の枕経の意味だったのではないかなと思います。その文化を取り返していきたいと私は思っています。

また、暖かい死に方と冷たい死に方があるのか分かりませんが、暖かい死に方の選択を提案できるようなお寺になっていきたいなと思っています。そのために、平素から檀信徒の方に、死に方に対する生前の意思を聞いていく必要があります。宗教者は、それを話してもらえ存在でなければなりません。檀家さんであっても、そんなに簡単には死についての話はなかなかしていただけないでしょう。話してもらえような存在にならないといけないということは、ある程度医療の知識というか、簡単な社会の状況、医療の知識、介護保険サービスの知識も必要かもしれません。お坊さんが在宅死に関わる制度を知らないというのは、話になりにくいのかと思います。

また、本人に成り代わって伝える代弁者となる。先ほども、皆さんの発表を聞いてみると、星さんが代弁者の話をされていて、私も同感で、お医者さんも求めているのはこの点であると思います。要は、「こんな治療したくない」というのを吐露できる存在が必要なのです。そして、その方の死に対する思いを代弁できるような存在が必要です。在宅死を家族が受け入れて、家で看取ろうと思つて頑張つて介護しているところ、多分身近にもあると思うのですが、いよいよ死の瞬間になるときに、家族がひるんで、「ああ、もうだめだ、やっぱり死にそう、救急車！」そして、救急車を呼んでしまい、結局病院で亡くなる、ということがかなり多くあります。本当に本人が望んだ死に方じゃない死に方で、最期亡くなってしまう方が、とてもたくさんいます。「本当の希望を叶えられるよう家族で支え合ひましょう」と言つて、その家族に寄り添うのが、宗教者に求められているのかなと思います。

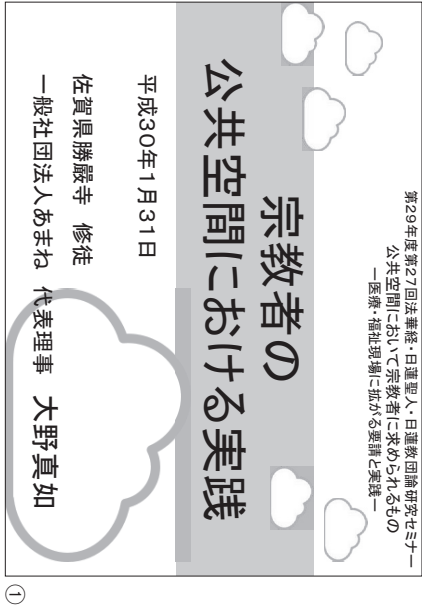
それ以外にも死の意思決定は他にもあります。お通夜、葬儀をどうするか、本人の意思がわからず家族が迷うことになります。選択が多いと思うのですが、死に関わるプロセスの中で、本人が亡くなった後で混乱しないように。死後のことにおいても宗教者は代弁者となれると思います。それは、死のコーディネーター。まさに、元々お寺がやってきた役割なんじゃないかなというふうに思います。

今まで先生たちのお話をお聞きして、私も死の瞬間、これは資料にない、私が今日感じてちょっと追記した分なの

ですけど、私たち、死の瞬間、何をしているかと言うと、そんなに難しいことではないのです。寄り添うこととか、手を握ることとか、お説教するのではなくて話を聞くこととか、そういうことというのは、何にあたるのか私も分からなかったけれど、感覚的にこういうことしますというのがあって、蓑輪先生のお話を聞いて、止観という話が出て、まさにこれが、私たちが実践しているものなのだというのを改めて学ばせていただきました。先ほど止観のときに、自分と他者の区別がなくなる状態を目指すという話があり、まさにそれが、安らかな死の瞬間ではないかというふうに思っています。

お坊さんも忙しいので、今から死者がものすごく出ますので、なかなか難しいと思いますが、本当に死の瞬間に立ち会うような枕経ができることが宗教者に求められていると思います。それは、宗教者自身がするのではなくて、その家族ができるように支援することだと思います。本人やご家族に対して死を安らかなものにするための支援です。自分自身もまだまだですが、そのようなお寺になっていかなければならないと思っています。これが公共空間から、私自身が感じた、求められているものです。

もう一つ、福祉のトピックスで言うと、福祉施設で看取りまで求められるようになります。介護施設でもそうです。病院にもう行けないのだから、ベッドが足りないからです。福祉施設で亡くなる身寄りのないケースも多くあります。これも宗教者に求められているように感じます。福祉施設がお寺と連携して納骨堂に入れるとか、永代供養するという形が少しずつ出てきています。それが福祉のトピックスで、そういう要請もありますよということを、一言付け加えさせていただきまして、話を終わらせていただきます。ありがとうございました。



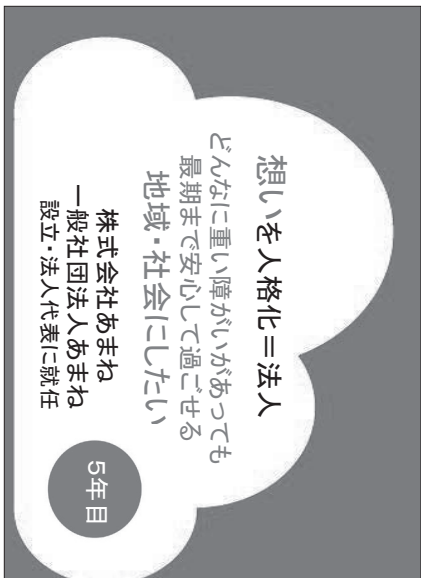
①



②



③



④



児童福祉法に基づき障害児通所支援事業
放課後等デイサービス
（重心定員5名/重心以外定員10名）
県知事指定 障害者総合支援法に基づく生活介護事業
佐賀市指定 日中一時支援事業
小城市指定 日中一時支援事業



児童福祉法に基づき障害児通所支援事業
医療型児童発達支援
放課後等デイサービス
（重心定員5名/重心以外定員10名）
県知事指定 児童福祉法に基づき障害児通所支援事業
厚生労働省大臣認可 訪問看護ステーション

事業数8 全従業員31名（看護師13名）
全契約者 90名 1日平均利用者 **22名**

⑤

今後の事業目標

親が安心して
子どもより先に死ぬことが
できるように、
看取りまでできる居場所をつくりたい

宗教法人との
連携

グループホーム

生活介護

居宅介護

ショートステイ

社会福祉法人化

⑦

障がい児の親の共通の願い

この子より1日でも後に死にたい

この子は、自分がいなくなったら生きていきない
そんな不自然なことを祈るしかない社会
大丈夫、私たちに任せてください
といえる法人にしていきたい

⑥

現在の私の実践（役割）

- ①雇用・労働環境の調整（労務）
- ②事業性を持たせること（経営）
- ③運営業務の全般のシステム作り（管理）
- ④医療機関・行政・地域協議体との連携
- ⑤社会制度にする活動

医療と福祉をつなぐ

親が安心して
先に旅立てるように

●対象者の特徴

- ・ 小児
- ・ 先天性・後天性の重複障害
- ・ 医療依存度が極めて高い
- ・ 社会制度が未熟
- ・ 全国に1万7千人
- ・ 生と死が常に近い存在

⑧

私が公共空間に求められていること

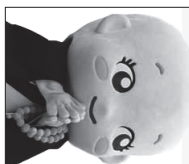
全国重症児・ネット九州ブロック理事
 佐賀県の医療的ケア児等協議会・委員
 小城市の障害福祉計画策定・委員
 看護協会再就業支援講師
 看護協会放課後等デイサービス連絡会
 全国児童発達支援協議会
 日本看護協会 日本訪問看護財団
 福祉チアーズの会 尊厳死協会 看取り学講座
 だいでんケアネットワーク・地域ボランティア養成講座
 佐賀県肢体不自由連合会 小城市育成会
 Bright Future Saga
 保育・医療・病気の子どものボランティア団体など

⑨

在宅医療に携わっていることで気づいた

「宗教者が公共空間に求められているもの」

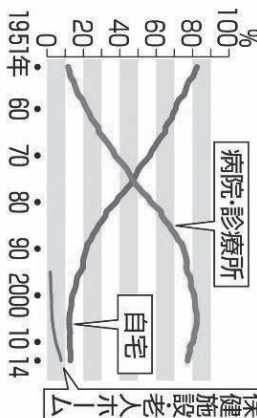
とは…



⑩

主な死亡場所の割合の推移

※厚生労働省の人口動態統計による



僧侶とはいえ、人の死の様子については
 ほとんど知らない

⑪

どう思いますか？

人は臨終の時 地獄に墮つる者は黒色となる上

其の身重き事 千引の石の如し

善人は 脱ひ七尺八寸の女人なれども

色黒き者なれども 臨終に色変じて白色となる

又、軽き事 鷹毛の如し

やわらかなる事 兎羅綿の如し。

日蓮聖人 千日尼御前 御返事

魂の重さ21g 死の瞬間を計測

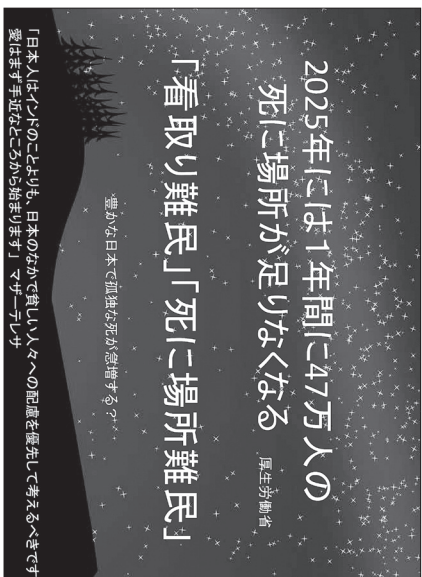
25メートルプール529杯分の水を瞬間に沸騰させるエネルギー
 死の瞬間の人間の頭部には「瞬間エネルギー」にも似た光が取り巻いて
 いる

ダンカン・マクドナール博士

⑫

家族の臨終の瞬間 対照的な祖父と祖母の死

⑬



⑮



人生のたとえ99パーセントが不幸でも
最後の1パーセントが幸せならば
その人の人生は幸せなものに変わる

マザーテレサ

どこで・誰と・どのように死にたいか

自分で決める自由があること
（幸せな最期の3つの条件の1つ）

一般社団法人看取り士会

柴田久美子

⑭



死に方の意思決定を
しなければならぬ時代

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」

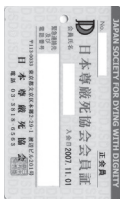
厚生労働省 平成20年改訂版

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場を設置
医療・ケアチーム以外の者を加えて

医療関係者以外にもっと積極的在宅医療に関わって欲しい

⑯

まず、あなたはどんな死に方をしたいか
意思決定できますか？自分の死生観



日本葬儀死協会

ホリズト リビングスタイル

死後のことまでしっかり意思表示を



私は、病院で管に繋がれて延命治療をされ
なかなか家族に会えず、死後の処置を看護師に作業のようにされ、
冷たい霊安室に保管されるような死に方をしたくありません

⑪

自分の死のこと、
自分の一番大切な家族の死のこと、
そして、檀家さんの死のこと

自己決定できる自由があるのに、
意思を持たなければ、意思を伝えなければ、
誰かに決められるだけ
在宅医療チームは、
あなたがどのように死にたいかの意思表示を待っています
選択できるように、相談も受けられます

また、選択の自由は死ぬまでに留まりません。死後、通夜
葬儀に誰を呼ぶか、お金はどうか、遺産の分与につい
て、回忌供養はどうするか、死後のことまで
しっかり意思表示しましょう

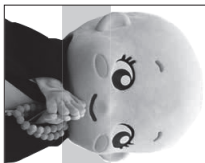
⑫

そのためには
平素から檀信徒の

- ① 死に方に対する生前の意思を聴く
- ② 話してもらえ存在になる
- ③ 本人に成り代わって伝える代弁者となる

それは、死のコーディネーター

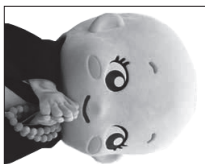
まさに、本来のお寺の役割



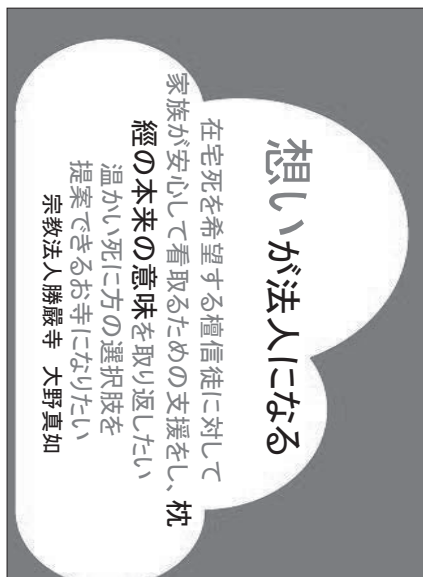
⑬

ホスピスはキリスト教の精神に
準拠して設立されたもの
在宅死は仏教とともに
もともと日本にあったもの＝枕経

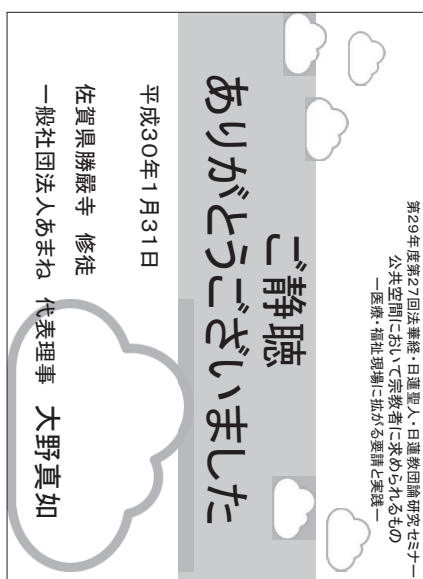
仏教が在宅医療に
果たす役割は大きいと
期待されている



⑭



②①



②②